

# 11 La valutazione delle competenze manageriali dei professionisti con il sistema a 360°: la prima sperimentazione in una ASL

di Federico Lega, Vincenzo Panella, Flavia Pirola, Marco Sartirana e Fabiano Toparini<sup>1, 2</sup>

## 11.1 Introduzione

Mario è un direttore di struttura complessa di un'azienda sanitaria del Nord Italia. Dopo anni di valutazioni sempre pienamente positive per tutti i suoi collaboratori, l'anno in cui sta per andare in pensione improvvisamente abbassa significativamente le valutazioni di metà di loro. Tale modifica avviene a fronte di obiettivi di budget comunque pienamente raggiunti e senza altri elementi emersi nel corso dell'anno (provvedimenti disciplinari, reclami, contenziosi, ecc.) che potessero giustificare un simile abbassamento.

Il nucleo di valutazione aziendale (recentemente rinominato organismo indipendente di valutazione) chiede a Mario le ragioni di tale valutazione così differente rispetto a quelle dei cinque anni precedenti: «Ora che vado in pensione, non devo più preoccuparmi delle ritorsioni, del clima organizzativo, della paura che il quanto già poco facevano questi medici diventasse un quasi nulla... per i primi anni le valutazioni le ho tenute alte quasi a voler testimoniare la mia fiducia nei loro confronti, poi negli anni seguenti è subentrata la preoccupazione di avvelenare il clima ed i rapporti nel gruppo di lavoro. È vero, quelli che lavoravano di più trovavano ingiusto che tutti alla fine ricevessero il massimo della valutazione, ma ho sempre cercato di gratificarli con altri mezzi, con gli incarichi, la visibilità, l'autonomia, i congressi, ecc., ed alla fine capivano ed accettavano il «sistema». Quando poi ho visto cosa è successo al mio collega, che aveva dato valutazioni basse a due collaboratori, ed è stato chiamato a difendere la sua scel-

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia frutto del lavoro comune degli autori, i §§ 11.1 e 11.5 sono da attribuirsi a Federico Lega, Vincenzo Panella, Flavia Pirola e Fabiano Toparini, i §§ 11.2, 11.3 e 11.4 a Marco Sartirana.

<sup>2</sup> Si ringraziano inoltre tutte le persone che hanno contribuito a diverso titolo a questo progetto, in particolare Mario Del Vecchio, Elena Reborà e Irene Roma del CUSAS dell'Università di Firenze, Piero Carsili della direzione Affari legali, generali e politiche del personale dell'ASL di Terni e Valeria Ciurlia, studentessa dell'Università Bocconi.

ta quasi fosse lui il colpevole, l'anomalia, il deviante! Ed ha perfino dovuto provare le ragioni di tale scelta prima di fronte al nucleo di valutazione, poi con la direzione, ed infine di fronte al rischio di una causa intentata contro l'azienda ha dovuto anche fare dietro front... dovendo poi convivere con il «mal di pancia» della situazione che si era creata per diversi anni successivi... no, mi dicevo, chi me lo faceva fare, non c'era modo di provare la minore produttività di questi medici, o forse non ero stato in grado di raccogliere sufficienti evidenze, né l'azienda mi aveva aiutato a capire come fare... ma adesso che vado in pensione i sassolini sì che me li tolgo!».

Bruno è un medico di un'azienda sanitaria del Nord-Est Italia con una responsabilità di struttura semplice. Quest'anno la sua valutazione, fatta dal direttore di unità operativa cui riporta e con lui discussa, porta ad un punteggio complessivo a cui corrisponde una valutazione di performance gestionale media, cioè in linea con le aspettative. Bruno non è soddisfatto, non ha controfirmato la valutazione ed ha chiesto una valutazione di seconda istanza al nucleo di valutazione. Negli anni Bruno ha sempre ricevuto valutazioni al massimo del punteggio possibile. Quando incontra il nucleo di valutazione, accompagnato dal suo avvocato di fiducia, ascolta il ragionamento che i membri del nucleo argomentano rispetto al fatto che sia naturale avere una valutazione in linea con le aspettative e che questo significa che lui aveva lavorato bene, rispondendo pienamente alle attese. Dopo aver pazientemente ascoltato replica: «Forse in un altro contesto potreste avere anche ragione, ma qui ci sono due fatti da non dimenticare. Primo, la valutazione in media riduce la quota di retribuzione variabile rispetto al massimo che potrei prendere, e se ho rispettato le attese perché dovrei avere di meno? Secondo, mi sono informato, e su novanta dirigenti con responsabilità di struttura complessa o semplice sapete quanti non hanno avuto il massimo? Uno. Io. È possibile che ci siano 89 «superstar» in questa azienda e solo un onesto e diligente lavoratore nella mia persona... lascio a voi rifletterci».

I casi di Mario e Bruno sono stati e sono ancora all'ordine del giorno nella maggior parte delle aziende sanitarie che praticano, spesso con fatica, l'esercizio di valutare i propri dirigenti medici, soprattutto quelli con responsabilità prevalenti di natura gestionale.

Simili casi poi si verificano nelle valutazioni dei direttori di dipartimento nei confronti dei direttori delle strutture complesse che vi afferiscono, ed anche nelle *line* delle professioni sanitarie. Nell'insieme, tutti questi casi testimoniano la scarsa efficacia dei sistemi di valutazione del personale delle aziende sanitarie italiane.

Nei contesti professionali il tema della valutazione, sia gestionale che professionale, è sempre stato particolarmente critico, a partire dalla autoreferenzialità con cui ogni forma di valutazione storicamente si è affermata. Nel lontano 1776, Adam Smith scriveva «*Se l'autorità alla quale...[un professionista] è soggetto risiede nella corporazione, collegio, o università della quale egli stesso è membro e*

*in cui la maggior parte degli altri membri sono, come lui, persone che professano o dovrebbero professare, tutti probabilmente faranno causa comune nell'essere vicendevolmente molto indulgenti, e ognuno consentirà al collega di trascurare il proprio dovere purché egli stesso possa trascurare il suo» (Adam Smith, *La ricchezza delle nazioni*, 1776 – trad. it. 1973)<sup>3</sup>.*

In questo contesto culturale, l'indottrinamento professionale ha spesso visto il tema della valutazione come un oggetto da trattare «in famiglia», il luogo appropriato dove lavare i panni sporchi, senza dare troppa visibilità o rilievo a forme di valutazione esterne.

Tuttavia negli ultimi anni, ed ancora di più recentemente sotto la pressione normativa accresciuta con gli atti del 2009 e 2010, è salita la pressione esterna a progettare ed agire sistemi di valutazione efficaci, cioè capaci di differenziare le valutazioni in relazione agli effettivi contributi che le persone danno all'organizzazione, tenuto conto degli obiettivi specifici e delle attese di comportamento generali.

Con questo contributo è intenzione degli autori introdurre e discutere un elemento di novità nel panorama dei sistemi di valutazione gestionale delle aziende sanitarie, i cui risultati sono promettenti proprio rispetto all'efficacia attesa. Si tratta dell'approccio basato sui meccanismi di valutazione a 360° o *multisource feedback*, in cui la valutazione del professionista è affidata non solo al suo superiore diretto, ma anche ai suoi *peer* e ai suoi collaboratori subordinati.

Non è compito di questo contributo indagare in profondità le ragioni del fallimento di tante esperienze di valutazione gestionale nell'ambito sanitario pubblico italiano, ampiamente rappresentate in letteratura<sup>4</sup>, né discutere in dettaglio quali siano gli approcci corretti alla valutazione delle competenze gestionali, anch'essi ampiamente trattati in precedenti Rapporti OASI (Del Vecchio e De Pietro, 2001; De Pietro, 2002; Filannino, 2002; Bandini, 2002) e in letteratura, quanto piuttosto analizzare e discutere criticamente i benefici ed i limiti dell'applicazione di logiche 360° per le aziende sanitarie italiane, sviluppando quanto già proposto in De Pietro (2005). Tali logiche sembrano le più diffuse tra le aziende professionali eccellenti ed in generale tra le imprese che ambiscono a essere considerate dei punti di riferimento nel campo della gestione strategica dei propri collaboratori. Nel successivo paragrafo 11.3 è condotta con un'apposita review in materia.

Alcuni benefici di un sistema simile sono di immediata percezione:

- ▶ Fare un esercizio di valutazione a 360°, cioè di valutazione della persona da parte di tutti i membri dell'organizzazione con cui interagisce frequentemente

<sup>3</sup> Nel testo originale Adam Smith fa riferimento ai docenti universitari, che in questa sede sono stati assimilati alla categoria più generale dei professionisti, a cui sono riconducibili per status e natura anche i medici.

<sup>4</sup> Si veda a riguardo l'esauritiva ricerca svolta da Agenas e riportata sul numero 23 di Monitor (Micali, 2009).

te, indipendentemente dal livello gerarchico e dall'appartenenza professionale, permette di superare i «silos» autoreferenziali sopra discussi.

- ▶ C'è la possibilità di appoggiare il giudizio del valutatore di prima istanza<sup>5</sup> ad una maggiore «oggettività» derivante dall'osservazione delle valutazioni assegnate dagli altri valutatori. Valutazioni non vincolanti, ma orientative. È questa forse una possibile risposta alla richiesta spesso avanzata, da parte dei singoli e del sindacato, di maggiore oggettività della valutazione?
- ▶ Aumenta la competenza e la consapevolezza del ruolo del valutatore. Se il valutatore di prima istanza formula valutazioni molto distanti da quelle delle medie degli altri valutatori, per superficialità o fretta nel momento della valutazione, è immediatamente esposto ad una forma di controllo sociale. Inoltre, si sviluppa l'attesa che il valutatore prima di formulare la propria valutazione discuta anche con il valutato gli esiti delle valutazioni a 360°, e restituisca un feedback costruttivo per individuare le direzioni del miglioramento atteso e possibile.
- ▶ Non ultimo, permette di confrontare le proprie percezioni, tramite l'autovalutazione, con quelle dei diversi gruppi di valutatori: subordinati, pari e altri membri dell'organizzazione.

Questi sono i principali motivi che hanno spinto l'ASL di Terni, a sperimentare un sistema di valutazione a 360° per tutte le posizioni gestionali apicali. Un sistema complesso da progettare ed attuare, che però ha retto l'urto della prima prova e, sulla scia di risultati confortanti, si avvia a diventare la *routine* per l'azienda. Nel paragrafo 11.4 è presentato e discusso in dettaglio il caso, a partire dai presupposti teorici che ne hanno guidato lo sviluppo, rimandando alle conclusioni una riflessione finale sulla conferma o meno dei benefici, sui limiti e le problematiche vissute in fase di costruzione ed avvio del sistema e sulle condizioni di contesto che hanno consentito di concludere positivamente la messa in opera del sistema.

## 11.2 Metodologia

L'analisi teorica è stata supportata da una review della letteratura internazionale, attraverso i database PubMed e EBSCO, sul tema dei sistemi di valutazione a 360° nelle organizzazioni sanitarie.

L'esperienza oggetto del caso di studio è stata selezionata in quanto risulta essere la prima azienda nel settore sanitario pubblico in Italia ad aver applicato un metodo 360° per la valutazione dei professionisti con responsabilità gestiona-

<sup>5</sup> Il valutatore di prima istanza è colui che viene individuato dall'azienda come valutatore formale dello specifico dipendente. Di regola è il diretto superiore.

li, a seguito di un progetto cui gli autori hanno preso parte direttamente in qualità di dipendenti dell'azienda od in supporto alla direzione aziendale.

Il capitolo descrive in primo luogo gli obiettivi del sistema, nonché le principali fasi del processo di progettazione ed introduzione. Viene quindi proposta l'analisi dei risultati della prima sperimentazione del nuovo sistema, grazie all'elaborazione dei dati forniti dal sistema operativo aziendale relativi alle valutazioni di tutti i 196 professionisti coinvolti. Infine, a supporto della discussione sull'impatto del nuovo sistema di valutazione, sono state effettuate 18 interviste semistrutturate ad un campione di direttori di dipartimento e di unità operativa, di titolari di posizioni organizzative e di incarichi di coordinamento, sia di area ospedaliera che territoriale; 16 degli intervistati appartenevano al ruolo sanitario, 2 al ruolo amministrativo.<sup>6</sup>

### 11.3 La valutazione a 360° dei professionisti in sanità

A livello internazionale è presente un'ampia letteratura sul tema dei sistemi di valutazione delle performance e delle competenze dei medici<sup>7</sup>, sia nella fase di formazione che in quella vera e propria di esercizio della pratica professionale, che costituisce l'oggetto di interesse specifico di questo capitolo. A tale riguardo emerge, anzitutto, un trend evolutivo che vede il superamento di modelli classicamente incentrati sulla valutazione della sola competenza clinica, a favore di approcci che includano anche la valutazione di competenze relazionali, organizzative e manageriali (Hays et al., 2002; Lipner et al., 2002; Lockyer, 2003; Wood et al., 2006; Collett e Starke, 2008). Strumenti come l'*audit* clinico e la *peer review* professionale erano consolidati, soprattutto nei paesi di matrice anglosassone e nordica, ma si dimostravano non più sufficienti in contesti aziendalizzati e in presenza di forti spinte verso la collaborazione e la multidisciplinarietà. È interessante notare fin da subito come questo scenario si discosti in buona misura dall'esperienza italiana, in cui le competenze professionali sono sempre state valutate secondo logiche professionali e informali, senza fare ricorso a strumenti formalizzati messi a disposizione dalle aziende. Al contrario, i sistemi di valutazione individuale introdotti dalle aziende del SSN negli ultimi quindici anni, si sono concentrati proprio sulle dimensioni di competenze relazionali ed organizzative, peraltro con scarsa efficacia (Micali, 2009).

<sup>6</sup> Per garantire la rappresentatività dell'analisi sono stati intervistati sia professionisti (medici, infermieri ed amministrativi) che hanno ricevuto una valutazione molta positiva sia coloro che hanno ricevuto una valutazione intermedia o negativa.

<sup>7</sup> Ci concentreremo qui, per semplicità, sui sistemi di valutazione dei medici. Sul tema della valutazione sono presenti anche, sia a livello nazionale che internazionale, diversi contributi specifici per il personale infermieristico, che fanno tuttavia riferimento ad un filone autonomo di letteratura che si è deciso di non indagare in questa rassegna.

Dall'esigenza di un nuovo approccio alla valutazione sono così emersi negli ultimi 20 anni strumenti innovativi, tra cui per diffusione si distinguono i 360° (o *multi-source*) *feedback systems*. Tali strumenti sono stati utilizzati sin dagli anni '60 per la valutazione dei manager delle imprese private, e hanno trovato ampia diffusione prima nel settore sanitario statunitense e quindi nel NHS inglese, nonché in misura minore in altri sistemi sanitari. Essi consentono di intercettare il feedback di tutti coloro che hanno significative interazioni professionali con il soggetto valutato, facendo emergere indicazioni che difficilmente sarebbero state comunicate attraverso gli abituali momenti di comunicazione. In particolare, viene data voce a categorie di soggetti, quali soprattutto i collaboratori, la cui prospettiva mai era stata precedentemente presa in considerazione. Pertanto i sistemi *multi-source* offrono, da un lato, preziose indicazioni relative ai punti di forza e alle aree di miglioramento percepite dalle persone che meglio conoscono il valutato professionalmente. Dall'altro, tali sistemi rappresentano anche uno strumento culturalmente molto potente per far sì: che nella pratica quotidiana vengano esplicitate le aspettative di comportamento tra pari e tra capi e collaboratori; che vengano condivisi i *feedback*, anche negativi; che si sviluppi una cultura della valutazione ancorata ad un diffuso «controllo sociale»; che si rafforzino le competenze di collaborazione e gestione delle risorse umane; che si aumenti il coinvolgimento e la responsabilizzazione di tutti i dipendenti, con i conseguenti benefici in termini motivazionali. Infine, se ricollegata a strumenti di valutazione formale della performance individuale, la valutazione a 360° rappresenta una fonte informativa complementare che può risultare particolarmente utile per esprimere giudizi corretti e quanto più possibile oggettivi.

Naturalmente non mancano i critici di questo strumento, secondo cui esse genererebbe conflittualità all'interno dei gruppi di lavoro, favorirebbe comportamenti delatori o la prevalenza di giudizi soggettivi, oppure rischierebbe di portare a un tacito accordo tra professionisti per assegnarsi vicendevolmente valutazioni ottimali, rendendo così inutile l'intero sistema. Particolarmente dibattuto è poi il collegamento tra la valutazione e i sistemi retributivi/incentivanti: molti infatti sostengono che il sistema sia più efficace quando i risultati della valutazione non hanno immediate conseguenze formali, tra cui quelle relative alla carriera e all'assegnazione degli incentivi. Questa è peraltro la caratteristica che si riscontra nella maggior parte delle esperienze di applicazione dei sistemi 360° nel settore sanitario.

Pur alla luce di questi elementi di criticità, l'analisi della letteratura dimostra come i sistemi di valutazione a 360° risultano efficaci per misurare le competenze organizzative, manageriali e di leadership, ed offrire *feedback* e indicazioni che favoriscano il miglioramento individuale (Ramsey et al., 1993; Hall et al., 1999; Lockyer, 2003; Bennett et al., 2004; Wood et al., 2006; Overeem et al., 2007; Palmer et al., 2007). Naturalmente risultano rilevanti, accanto alla bontà del modello teorico, le caratteristiche del contesto e la presenza di un efficace processo

di implementazione. Overeem et al. (2009) identificano a questo riguardo, con riferimento all'area ospedaliera, quattro condizioni di successo:

- ▶ fattori di contesto, quali ad esempio il carico di lavoro complessivo dei professionisti, il supporto garantito da parte del *top management* aziendale, nonché caratteristiche di sistema come il livello di competizione presente nel settore sanitario;
- ▶ la cultura organizzativa in termini di disponibilità alla valutazione ed alla ricezione di *feedback* anche negativi;
- ▶ la qualità del sistema e del processo di valutazione, in termini di selezione delle competenze valutate, preparazione dei valutatori e loro capacità di identificare concreti obiettivi di miglioramento, relativa frequenza della valutazione (almeno annuale e, possibilmente, accompagnato da *follow up* periodici);
- ▶ determinanti individuali quali la motivazione e l'autostima.

A simili conclusioni giunge Lockyer (2003), che sottolinea anche l'importanza di sistemi di comunicazione interna efficaci e un adeguato livello di formazione dei valutatori. Viene anche riportato come la percezione di efficacia della valutazione cresca significativamente dopo il colloquio individuale (Brett e Atwater, 2001) e come siano più efficaci i colloqui di valutazione che rappresentano veri e propri momenti di *mentoring*, in cui il valutato ha l'opportunità di riflettere sul proprio percorso di miglioramento (Sargeant et al., 2005; Overeem et al., 2010). Viene inoltre evidenziato come sistemi 360° che includono i feedback dei collaboratori appartenenti ad altre professioni, quali il personale amministrativo, infermieristico e di supporto, garantiscono una rappresentazione più completa ed efficace della performance del medico (Overeem et al., 2010). Questo sebbene i clinici percepiscano in maniera negativa la possibilità di essere valutati da parte degli infermieri (Lockyer, 2003). Da ultimo, bisogna sottolineare come la combinazione della valutazione a 360° con i cd. *performance portfolios*<sup>8</sup>, che supportano la creazione di piani di sviluppo pluriennali e gli avanzamenti di carriera, risulti estremamente efficace (Overeem et al., 2010).

#### 11.4 Il sistema di valutazione a 360° dell'ASL di Terni

Viene di seguito presentata un'esperienza sperimentale di utilizzo di un sistema di valutazione a 360° in un'azienda sanitaria pubblica italiana. La prima, a conoscenza degli autori, che abbia previsto tale strumento come componente struttu-

<sup>8</sup> Per *performance portfolio* si intende comunemente il fascicolo di valutazione individuale, che comprende gli esiti delle valutazioni periodiche, le credenziali cliniche (tipiche del modello anglosassone), il curriculum professionale, le esperienze formative, gli eventuali reclami o provvedimenti disciplinari, ecc.

rale del sistema di valutazione individuale annuale. Verrà discusso sia il disegno teorico del sistema che il processo di implementazione, e saranno presentati i risultati disponibili relativi alle valutazioni dell'anno 2010.

#### 11.4.1 Il contesto di riferimento

L'ASL di Terni si estende sul territorio di 32 Comuni in cui risiedono 225 mila abitanti, è organizzata in tre distretti e in 6 dipartimenti ospedalieri trasversali ai due presidi ospedalieri di Orvieto e Narni-Amelia. I dipendenti complessivi dell'azienda sono 1650, di cui 340 dirigenti.

A partire dal 2009 l'organizzazione ha imposto una forte accelerazione al processo di aziendalizzazione, grazie all'iniziativa della nuova direzione aziendale che, fin dal suo insediamento, ha avviato un processo di responsabilizzazione della dirigenza e di rinnovamento degli strumenti manageriali. Tra i progetti prioritari di cambiamento è stata identificata l'area delle risorse umane, e in particolare i sistemi di valutazione del personale. Questi erano stati storicamente caratterizzati dall'appiattimento delle valutazioni sui valori massimi<sup>9</sup> e dalla conseguente attribuzione a pioggia degli incentivi di risultato, e si dimostravano del tutto insufficienti a supportare il processo di rinnovamento organizzativo che l'azienda si apprestava ad intraprendere. Peraltro l'esigenza di adeguarsi alle indicazioni del D.Lgs 150/09 rappresentava in tal senso un'opportunità per legittimare l'introduzione di un nuovo sistema di valutazione. Alla luce di tutto ciò, l'azienda ha inteso raccogliere la sfida di sperimentare uno strumento estremamente innovativo per il contesto italiano, quale appunto il sistema di valutazione a 360°.

#### 11.4.2 L'impianto concettuale

Le caratteristiche costitutive del nuovo sistema di valutazione, definite dal team di lavoro e condivise con la direzione aziendale, sono le seguenti:

- ▶ Integrazione, per tutti i dipendenti, tra la valutazione della performance organizzativa (livello di raggiungimento degli obiettivi di budget dell'unità, eventualmente declinando quelli specifici per il personale del comparto) e valutazione della performance individuale (livello conseguito nella valutazione delle competenze);
- ▶ Integrazione tra la strumentazione per la valutazione annuale i processi di valutazione di fine mandato o propedeutici alla prima assegnazione di incarichi gestionali;

<sup>9</sup> Prendendo ad esempio le valutazioni del personale del comparto si riscontrava come, a fronte di 1303 valutazioni complessive effettuate nel 2009, 1300 avessero una valutazione che li collocava nella fascia più alta tra quelle previste dagli accordi aziendali.

- ▶ Sperimentazione del sistema di valutazione a 360° delle competenze per tutti i titolari delle posizioni di responsabilità manageriale, sia della dirigenza (direttori di dipartimento, struttura complessa e semplice con assegnazione di budget) che del comparto (titolari di posizione organizzativa e coordinatori);
- ▶ Ricorso anche a fonti di valutazione non tradizionali, quali elogi/reclami, violazioni del codice di comportamento, contenziosi avviati (e in prospettiva curriculum formativo e indagini sul clima organizzativo);
- ▶ Valutazione del personale del comparto lungo la specifica linea professionale, ad opera quindi di coordinatori o titolari di posizione organizzativa;
- ▶ Almeno per il primo anno, attribuzione della retribuzione di risultato/produttività collettiva sulla base delle valutazioni ottenute (senza applicazione di *ranking* aziendale) e con differenze tra le fasce, in termini retributivi, più ridotte rispetto a quanto previsto dal D.Lgs. 150/09<sup>10</sup>;
- ▶ Informatizzazione dell'intero sistema di valutazione;
- ▶ Attivazione di attività di accompagnamento e formazione ad hoc per i titolari di responsabilità manageriali (valutatori)<sup>11</sup>.

Per la valutazione della performance individuale si è scelto di fare ricorso al modello delle competenze. È stato identificato il set di competenze relazionali, gestionali ed organizzative che sarebbero state oggetto della valutazione individuale, distinguendo le competenze richieste ai dipendenti con responsabilità manageriali (oggetto di valutazione a 360°) e quelle richieste al resto del personale dipendente. Per entrambi i set è stata definita una scala da 1 a 4 livelli, in cui il livello 3 è quello «atteso» (a cui è associato il comportamento che corrisponde pienamente alle aspettative), mentre il livello 4 corrisponde all'eccellenza. È stata inoltre redatta una descrizione dei diversi livelli di ogni competenza, al fine di ridurre la discrezionalità di interpretazione da parte dei valutatori.

<sup>10</sup> Specificamente, l'accordo con le OO. SS. prevedeva che la quota teorica individuale spettante a ciascun dipendente fosse legata per il 60% alla performance organizzativa (raggiungimento obiettivi di budget della struttura di assegnazione del dipendente) e per il 40% alla performance individuale (misurata attraverso la scheda di valutazione individuale delle competenze), secondo i parametri definiti nelle seguenti tabelle :

Performance organizzativa		Performance individuale	
% raggiungimento obiettivi di struttura	% quota teorica riconosciuta	Posizionamento conseguito	% quota teorica riconosciuta
0%-69%	0%	Fascia 4	0%
70%-79%	75%	Fascia 3	50%
80%-89%	85%	Fascia 2	75%
90%-100%	100%	Fascia 1	100%

<sup>11</sup> In un primo momento il progetto prevedeva anche l'introduzione di un processo di *appraisal* individuale per i candidati all'attribuzione/rinnovo di ruoli di responsabilità manageriale, la cui attivazione è stata tuttavia posticipata ad una fase successiva.

Con particolare riferimento alla sperimentazione del sistema di valutazione a 360° delle competenze, l'azienda ha inteso fare riferimento – anche sulla scorta delle esperienze riportate nella letteratura – ai seguenti principi:

- ▶ Reciprocità: i valutatori a 360° di un dipendente sono a loro volta soggetti, se titolari di responsabilità manageriali, alla sua valutazione.
- ▶ Anonimato: al valutatore di prima istanza (cfr. nota 5) perviene solo il valore medio delle valutazioni a 360°, suddivise per categorie (media dei parigrado, dei collaboratori e degli altri valutatori), pertanto l'anonimato dei valutatori è garantito<sup>12</sup>.
- ▶ Sistema a supporto, non in sostituzione, della valutazione di prima istanza: le valutazioni a 360° che pervengono al valutatore costituiscono uno strumento informativo aggiuntivo che non sostituisce il ruolo del valutatore.
- ▶ Finalità di sviluppo: la discussione dell'autovalutazione e delle valutazioni a 360° avviene durante il colloquio di valutazione e deve portare all'identificazione delle aree e degli obiettivi di sviluppo per l'anno successivo.

Dopo aver convenuto su quali sarebbero stati i profili oggetto di valutazione (titolari delle posizioni di responsabilità manageriale, sia della dirigenza che del comparto), si è provveduto ad identificare quattro categorie dei valutatori: i) parigrado, ovvero professionisti del medesimo livello gerarchico che abbiano conoscenza del valutato; ii) collaboratori, ovvero il personale afferente alla struttura del valutato; iii) altri valutatori, ovvero altre figure aziendali non incluse nelle categorie precedenti che abbiano rilevanti interazioni professionali con il valutato<sup>13</sup>; iv) valutato medesimo, attraverso autovalutazione. Il modello logico di riferimento del sistema a 360° è riportato in Tabella 11.1.

Su questa base sono stati identificati i valutatori parigrado, collaboratori e altri di ognuno dei 196 dipendenti soggetti alla valutazione a 360°, attraverso la predisposizione di una matrice valutati-valutatori. È stato questo un procedimento che ha richiesto un'approfondita conoscenza dei rapporti professionali, formalizzati e non formalizzati, dei dipendenti dell'azienda, nonché un rilevante investimento in termini temporali. Ad ogni dipendente coinvolto è stato poi inviato l'elenco di coloro che lo avrebbero valutato cosicché lo potesse condividere o suggerire eventuali modifiche/integrazioni.

Ai valutatori è richiesto di esprimere una valutazione per ognuna delle competenze incluse nella scheda di valutazione. Tali valutazioni pervengono in forma anonima al valutatore di prima istanza il quale ha facoltà di utilizzarle nell'espri-

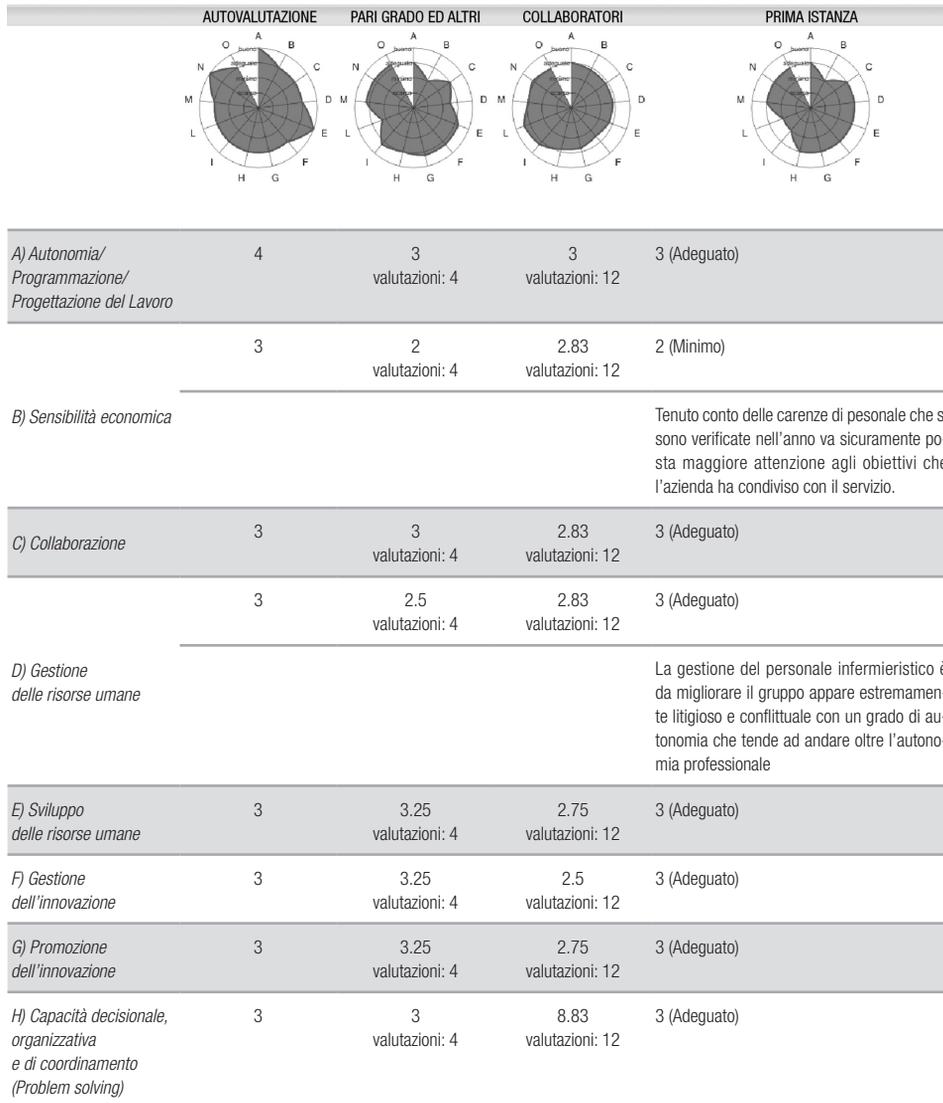
<sup>12</sup> A tutela dell'anonimato, in quelle unità cui afferivano meno di 3 persone non è stata effettuata la valutazione a 360° da parte dei valutatori.

<sup>13</sup> Nella restituzione dei risultati il sistema informativo propone, per semplicità, una media ponderata delle valutazioni dei parigrado e degli altri valutatori.

Tabella 11.1 La matrice delle combinazioni valutatori-valutati

Soggetto da valutare		Valutatore di 1° istanza	Valutatori pari grado	Valutatori collaboratori	Altri valutatori	Autov.
<b>Dirigenza</b>	<b>Con responsabilità manageriali</b>	Direttore Distretto/ Dipartimento	Altri Direttori di Distretto/ Dipartimento/Presidio	Direttori delle UOC e UOS appartenenti al Distretto/ Dipartimento; PO professioni sanitarie	Selezione di: • altri direttori di UO esterne al Distretto/Dipartimento; • servizi di staff	si
	<b>Senza responsabilità manageriali</b>	Direttore UOC/UOS	Direttori UOC e UOS del Distretto/ Dipartimento	Dirigenti Medici assegnati all'UO	Coordinatore infermieristico; Selezione di: • direttori di UO esterne al Distretto/Dipartimento; • servizi di staff	si
<b>Comparto</b>	<b>Senza responsabilità manageriali</b>	Dirigente professionale	–	–	–	si
	<b>Con responsabilità manageriali</b>	Responsabile PO di staff e amm.ve	Altri resp.li di PO della UO	Personale assegnato alla UO	Selezione di: • direttori di UO; • altri responsabili di PO	si
	<b>Senza responsabilità manageriali</b>	Responsabile PO gestionale delle professioni	Altri responsabili PO gestionali e professionali	Coordinatori afferenti alla PO gestionale	Selezione di: • direttori di Distretto/Dipartimento; • servizi di staff	si
	<b>Senza responsabilità manageriali</b>	Coordinatore infermieristico	Altri coordinatori infermieristici del Distretto/Dipartimento	Collaboratori professionali sanitari infermieri assegnati all'UO	Direttore UO; Selezione di: • altri coordinatori infermieristici	si
	<b>Senza responsabilità manageriali</b>	Collaboratore infermiere	–	–	–	–

Figura 11.1 **Il cruscotto dei risultati della valutazione a 360°**



mere il proprio giudizio e nella discussione con il valutato. In Figura 11.1 è riportata la «maschera» informatica che riporta i risultati della valutazione a 360° così come viene visualizzata dal valutatore di prima istanza. Si evidenzia come, competenza per competenza, egli possa visionare, anche con rappresentazione grafica, i punteggi attribuiti dalle diverse categorie di valutatori del sistema 360°, nonché il numero di valutazioni che ha concorso alla definizione del risultato medio. Al valutatore è quindi richiesto, nell'ultima colonna, di esprimere la pro-

pria valutazione, che sarà oggetto di discussione con il valutato durante il colloquio individuale.

### 11.4.3 Le fasi dell'implementazione

Il progetto è stato avviato a gennaio 2010 con l'identificazione di una risorsa interna cui assegnare la complessiva responsabilità di coordinamento, aiutata da uno stagista dedicato e affiancata da un *team* di ricercatori esterni. Un ruolo di supporto importante in questa fase e in quelle successive è stato ricoperto dal neoeletto nucleo di valutazione, composto da individui di elevato status professionale che hanno condiviso l'entusiasmo per il progetto e hanno supportato la direzione nel sostenerlo di fronte ai professionisti dell'azienda.

Nel corso dei primi tre mesi, dopo aver analizzato il sistema di valutazione esistente con i suoi principali punti di forza e limiti, il *team* di lavoro ha provveduto alla rassegna delle esperienze descritte nella letteratura nazionale e soprattutto internazionale sul tema dei sistemi di valutazione e valutazione a 360° nelle aziende sanitarie. Si è quindi provveduto a progettare l'impianto del sistema così come illustrato al paragrafo 11.4.2.

Una volta presentato e condiviso con la direzione aziendale e con il nucleo di valutazione, il progetto è stato ufficialmente presentato a maggio 2010, nel corso di un evento ad hoc rivolto a tutti i dirigenti direttori di struttura e al personale del comparto titolare di posizioni organizzative. In quella sede è stata proposta una sperimentazione in chiave ludica del sistema di valutazione a 360°, suddividendo i partecipanti in gruppi affini e chiedendo loro di valutare un membro del gruppo, che parallelamente avrebbe compilato la propria autovalutazione. I risultati sono stati presentati in tempo reale, confrontando ogni volta le valutazioni anonime con l'autovalutazione, e tale momento ha rappresentato l'occasione per discutere le finalità e le caratteristiche del sistema. I *feedback* raccolti sono stati di piena condivisione sulle premesse, e di atteggiamenti misti di scetticismo e curiosità sul funzionamento del nuovo sistema. Successivamente si è provveduto a presentare il progetto alle rappresentanze sindacali della dirigenza e del comparto e ad approvare il nuovo regolamento e le schede di valutazione.

I mesi successivi hanno visto la realizzazione del sistema informativo di supporto<sup>14</sup>, conclusasi nel mese di novembre, ed il parallelo affinamento del sistema (in particolare la descrizione delle competenze e la matrice valutati-valutatori). A inizio dicembre sono state svolte momenti di formazione per i valutatori, suddivisi in gruppi da 25-30 partecipanti, cui ha partecipato la quasi totalità dei valutatori dell'azienda. Questi incontri, della durata di mezza giornata, sono stati

<sup>14</sup> Il sistema informativo è stato realizzato dalla società di consulenza informatica dell'ASL all'interno del monte ore annuo contrattato, pertanto senza costi aggiuntivi per l'azienda. Il sistema è accessibile tramite la intranet aziendale, dai terminali aziendali abilitati e da qualsiasi altro PC dotato di collegamento internet.

l'occasione per discutere in maggiore dettaglio le finalità del sistema e il processo di valutazione, nonché le modalità con cui svolgere un colloquio di valutazione efficace. In tali occasioni si è riscontrato l'interesse da parte di molti per il nuovo modello, ma non sono mancati momenti di intensa dialettica in cui venivano paventati i possibili rischi di un sistema così disegnato, come presentati al paragrafo 11.4.

Tra gennaio e maggio 2011 sono state effettuate le valutazioni utilizzando il nuovo sistema. Durante l'intero periodo il responsabile aziendale del sistema di valutazione ha svolto un'attività di *help desk* al fine di rispondere alle domande dei valutatori e risolvere eventuali problemi o casi particolari. Parallelamente, è stato monitorato il tasso di implementazione delle valutazioni a 360°, con l'invio di email e/o telefonate di sollecito ai valutatori che non le avessero completate.

#### 11.4.4 L'accoglienza del nuovo sistema

Le interviste realizzate nei mesi di giugno e luglio 2011 hanno consentito di raccogliere i primi *feedback* da parte di un campione di coloro che sono stati allo stesso tempo valutatori di prima istanza per i propri collaboratori, valutatori dei propri pari e superiori e valutati con il sistema 360°. La sintesi di seguito riportata conferma sostanzialmente gli elementi di valore dello strumento, già evidenziati dalla letteratura internazionale, pur identificando diverse prospettive di miglioramento ancora aperte.

Nel campione intervistato è stato rilevato un elevato livello di soddisfazione per il sistema nel suo complesso, motivato anzitutto dal fatto che esso sostituisce lo strumento preesistente considerato del tutto inefficace. In alcuni casi si è riscontrato grande apprezzamento per un sistema ritenuto avanzato, o addirittura rivoluzionario; solo tre degli intervistati hanno riportato una soddisfazione modesta o un'insoddisfazione.<sup>15</sup>

Più in dettaglio, la maggior parte degli apprezzamenti erano riferiti al fatto che il sistema ha portato a dedicare tempo ai colloqui di valutazione, che sono stati l'occasione per esplicitare le aspettative e discutere le criticità in termini di comportamenti e di performance individuali.<sup>16</sup> L'autovalutazione, in particolare, ha raccolto un consenso quasi generale, anche riconoscendo che in molti casi le autovalutazioni sono state piuttosto alte e si è reso necessario discuterle a fondo nel colloquio.

In maniera abbastanza sorprendente non sono state sollevate critiche in riferimento ai tempi richiesti dalla procedura di valutazione, ritenuti un impegno

<sup>15</sup> Commenti positivi sono stati riportati anche da parte di un intervistato che è stato valutato negativamente e che, pur in disaccordo sulla propria valutazione, ha manifestato apprezzamento per il sistema.

<sup>16</sup> Ad eccezione di un intervistato, che non ha effettuato i colloqui chiedendo solo ai collaboratori di controfirmare la valutazione.

adeguato per ciò che deve rappresentare un «momento di crescita». Solo coloro a cui è stato richiesto di effettuare il più alto numero di valutazioni (le PO infermieristiche che sono allo stesso tempo coordinatori di un reparto) hanno ritenuto l'impegno particolarmente oneroso, ma hanno comunque riconosciuto la rilevanza del tempo complessivamente dedicato.

Con riferimento specifico ai *feedback* a 360°, come prevedibile l'apprezzamento è stato motivato dal fatto che essi offrono spunti di riflessione che giungono da prospettive diverse e, per molti valutati, del tutto nuove. Quasi la metà degli intervistati ha trovato il sistema particolarmente utile nell'attribuzione di valutazioni negative, o comunque non positive, a quei casi più critici, spesso già noti, che in precedenza era stato difficile valutare in maniera equilibrata e corretta. Anche la scelta di lasciare le valutazioni nell'anonimato è stata apprezzata dai valutatori intervistati, in quanto è stato più agevole attribuire valutazioni differenziate.

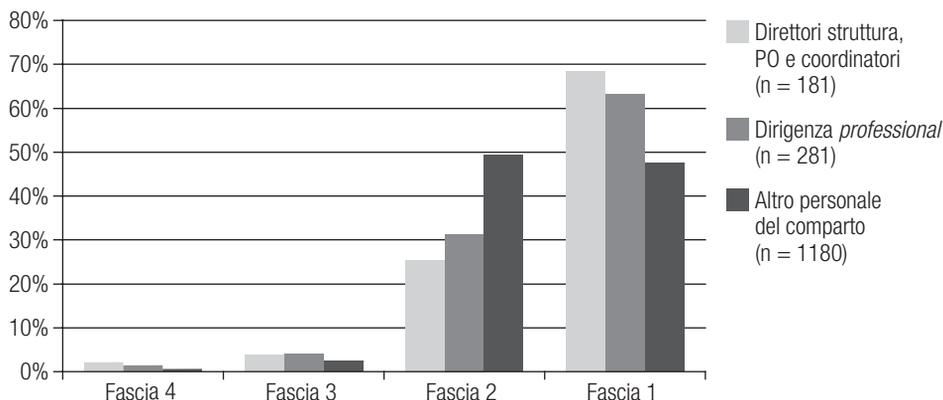
Tra le principali criticità riscontrate è emerso il fatto che non tutti i valutatori hanno condiviso le valutazioni a 360° con i valutati, seppure l'importanza di questo confronto fosse stata ampiamente sottolineata negli incontri di formazione. Inoltre, in diversi casi, i valutatori designati hanno preferito non effettuare la valutazione ritenendo di non avere una conoscenza sufficiente del valutato.

Con riferimento ai colloqui, la maggioranza degli intervistati (in qualità di valutatori), pur avendovi dedicato tempo, ha riconosciuto di non aver esplicitato obiettivi di miglioramento chiaramente definiti e facilmente misurabili, o di averli definiti ma non averli inseriti nella scheda. È questa una battaglia culturale ancora da vincere, su cui però molti «promettono» di impegnarsi l'anno prossimo. Diversi degli intervistati hanno poi rilevato una disparità nei criteri con cui, tra diverse UO o tra diversi livelli gerarchici, sono state effettuate le valutazioni, e questo in almeno due casi è stato causa di rivendicazioni e lamentele che hanno avuto un'influenza negativa, almeno in un primo momento, sul clima lavorativo. Anche questo tema, seppur già approfondito nel corso delle giornate di formazione, a detta dei rispondenti richiederà di essere nuovamente affrontato e costantemente monitorato.

Infine, con particolare riferimento al personale del comparto, alcuni valutatori hanno lamentato una certa indifferenza per il processo di valutazione e la tendenza a guardare più il risultato economico che lo sviluppo; come prevedibile, le maggiori difficoltà sono state riscontrate con i dipendenti più vicini all'età pensionabile.

#### **11.4.5 I primi risultati della sperimentazione**

Vengono di seguito proposti i risultati della valutazione relative alla performance individuale per l'anno 2010. Si riscontra come segnale molto positivo una prima differenziazione delle valutazioni (rispetto ad uno storico schiaccia-

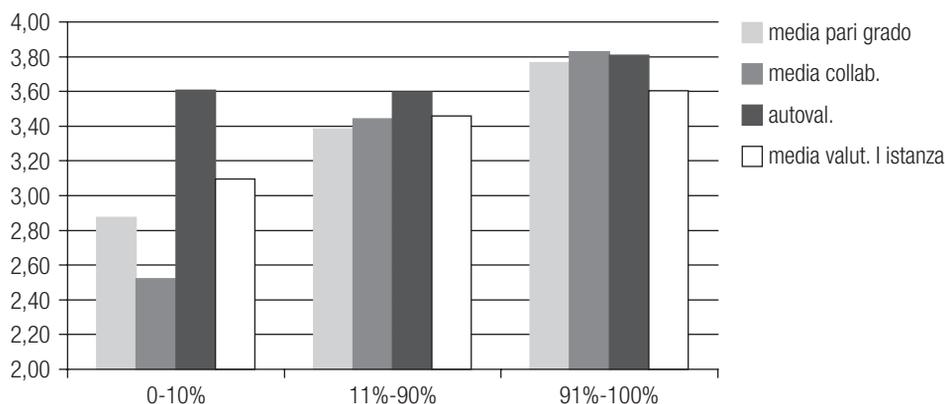
Figura 11.2 **Gli esiti della valutazione 2010**

to verso la fascia dell'eccellenza – il 99% delle valutazioni), come riportato nella Figura 11.2. Nonostante ciò, diverse resistenze sono ancora evidenti, soprattutto da parte della classe medica, seppur comprensibili alla luce della novità del sistema.

Si rileva, in particolare, come la differenziazione sia significativa per il personale del comparto, in cui la maggioranza relativa dei dipendenti (49%) si colloca nella seconda fascia. Meno marcata è invece per il personale della dirigenza, che presenta una percentuale rilevante ancora posizionata su valori massimi (63%). I risultati relativi ai dipendenti valutati con il sistema a 360° presentano una maggioranza relativa di valutazioni di fascia 1 (69%), mentre il 25% si posiziona in seconda fascia e un non trascurabile 6% nelle fasce corrispondenti alla valutazione al di sotto delle aspettative. Tale esito, soprattutto per il personale dirigenziale e quello con responsabilità gestionali, rappresenta un miglioramento della situazione preesistente, ma non si attesta ancora su valori di differenziazione ritenuti soddisfacenti.

In riferimento ai risultati delle valutazioni a 360° è possibile sviluppare alcune iniziali riflessioni. Si è riscontrato anzitutto un tasso di partecipazione al sistema decisamente superiore alle aspettative, nonché il quasi totale completamento delle valutazioni di prima istanza entro i termini prefissati. Sono state effettuate 3037 valutazioni per 196 dipendenti oggetto di valutazione a 360°, per una media di 15,5 valutazioni ricevute da ciascuno, oltre all'autovalutazione. Tale ricchezza di informazioni, accessibile dalla direzione risorse umane e del nucleo di valutazione attraverso i report predisposti tramite il sistema informativo, consente di rilevare potenziali situazioni di conflitto e di evidenziare qualora vi fossero scostamenti significativi tra le valutazioni a 360° e le valutazioni di prima istanza.

In riferimento all'analisi di dettaglio dei risultati della valutazione a 360° la Figura 11.3 propone una sintesi in cui vengono messi in evidenza gli esiti riferiti

Figura 11.3 **Gli esiti delle valutazioni del peggiore e migliore 10% dei dipendenti**

al 10% dei dipendenti che ricevuto i punteggi più bassi<sup>17</sup> nella valutazione a 360° e al 10% che ha riportato le valutazioni migliori. Se ne ricava che l'esito della valutazione di prima istanza sia correlato con le valutazioni a 360°, pur mitigandone i possibili eccessi. Infatti, laddove le valutazioni a 360° sono moderate (2,70) anche il valutatore di prima istanza assegna una valutazione più bassa (3,10); per la maggior parte dei dipendenti la media della valutazione a 360° è invece sostanzialmente allineata con la media valutazioni di prima istanza (rispettivamente 3,41 e 3,46); infine, coloro che sono meglio valutati dai loro pari e collaboratori (3,80) ricevono un risultato superiore anche nella valutazione di prima istanza (3,61).

Interessante è inoltre notare come le autovalutazioni si attestino ad un valore medio piuttosto alto (3,67) e quasi scollegato dalle valutazioni assegnate da parigrado, collaboratori e valutatori. Se da un lato ciò può essere motivato dalla novità dello strumento, dall'altro può manifestare un'incapacità di valutarsi in maniera oggettiva, e ciò sottolinea l'importanza, nel corso del colloquio, di una discussione approfondita sul confronto tra le aspettative del valutatore e i comportamenti espressi dal valutato.

## 11.5 Discussione e conclusioni

Il caso presentato ha confermato il sostanziale conseguimento dei benefici ricercati in fase di progettazione. Il sistema può infatti dirsi efficace se si misura l'obiettivo dell'efficacia in termini di maggiore differenziazione prodotta nelle valutazioni rispetto al passato, ma anche, secondo una prospettiva più consona agli studi di *human resource management*, in termini di avvicinamento delle va-

<sup>17</sup> È stata considerata la media ponderata delle valutazioni di collaboratori, parigrado e altri valutatori.

lutazioni ad una curva «normale» (per cui si considera ragionevole attendersi che solo una parte limitata della popolazione aziendale riporti valutazioni di assoluta eccellenza).

Gli ambiti di *fine-tuning* sono comunque ancora diversi, sia nel grado di coinvolgimento diffuso di tutta l'organizzazione, sia nelle differenze che si evidenziano fra categorie professionali nello svolgere il proprio ruolo di valutatori. Indubbiamente però l'adozione di questo sistema ha creato l'occasione per formare e testare i valutatori nell'esercizio della loro funzione, dando una svolta rispetto alla concezione formale, burocratica e «cerimoniale» della valutazione.

Dalla prospettiva del governo dell'azienda nel suo complesso vi sono alcune ulteriori problematiche che sono emerse e che richiedono di essere approfondite. La prima è il costo organizzativo del sistema. L'obiezione che un sistema siffatto sia estremamente costoso dal punto di vista economico appare in realtà infondata. Il costo vivo è limitato a poche migliaia di euro per il *software* che supporto le elaborazioni necessarie per il 360°. Tuttavia, il vero costo è dato dalla progettazione e dalla supervisione del sistema in termini di ore-uomo dedicate. A questo riguardo, la direzione aziendale dell'ASL di Terni ha inteso dare una risposta ad alcune domande ritenute strategiche: «Ma quanto vale per un'azienda il buon funzionamento di un sistema di valutazione? Quanto permette di recuperare in produttività? In clima organizzativo?». La soluzione è stata quella di individuare un dipendente cui è stata assegnata una specifica posizione organizzativa per lo sviluppo e la manutenzione del sistema.

Il sistema deve poi poter monitorare e mettere in luce eventuali rischi di «voti di scambio» tra superiori e subordinati. Questa criticità è stata superata con un sistema informatizzato che automaticamente segnala le anomalie date da voti molto superiori alle medie aziendali, o molto inferiori. In pratica si identificano «campanelli di allarme» che fanno scattare colloqui di approfondimento con i valutatori.

Un ulteriore punto di attenzione è rappresentato dalla necessità di garantire l'anonimato delle valutazioni, soprattutto dei subordinati nei confronti dei superiori. Quando i numeri sono molto piccoli è quindi forse meglio evitare di forzare valutazioni che sconterebbero la preoccupazione di essere riconosciuti. Tale è stata infatti la scelta dell'azienda. D'altro canto, il sistema a regime potrebbe portare per alcuni ruoli (es. valutazioni tra pari) a riflettere se non sia opportuno rendere trasparenti le valutazioni, di modo da alimentare *feedback* costruttivi non solo sulla linea verticale della valutazione di prima istanza, ma anche sulle linee orizzontali e diagonali. Ciò potrebbe realizzarsi a partire dai ruoli gestionali di alta direzione, dove la cultura del confronto e della valutazione a scopo migliorativo dovrebbero attecchire per prime e svolgere una funzione di esempio per il resto dell'organizzazione. Quali capi possono arrogarsi il diritto di valutare se non sono per primi soggetti ad una valutazione vera?

Infine, un'ultima criticità importante, in questo elenco che non ha pretese di

esaustività ma di messa a fuoco dei temi più significativi, è rappresentata dall'altra faccia della medaglia dei processi di formazione dei valutatori. Se da un lato il sistema 360° offre l'occasione per progettare ed attuare importanti momenti di formazione ed accompagnamento dei valutatori nel loro ruolo, dall'altro lato questa attività richiede un notevole sforzo organizzativo, in cui non sempre la persona più adatta coincide con il gestore del sistema stesso. Soprattutto se in una prima fase non gode di autorevolezza o legittimazione sufficiente per essere ascoltato. Come già indicato dalle esperienze internazionali, il caso presentato conferma che l'accompagnamento all'avvio del sistema, la sua «spiegazione», la formazione diffusa, siano elementi centrali e necessari per il successo del sistema 360°.

In ultimo, per quanto riguarda le condizioni di contesto, l'esperienza dell'ASL di Terni ha messo in luce tre condizioni di *change management* «da manuale»:

- ▶ un forte *commitment* della direzione aziendale, che non ha mai fatto mancare il proprio appoggio allo sviluppo del sistema, rimarcandone l'importanza in ogni occasione pubblica e nei processi gestionali aziendali;
- ▶ la capacità della direzione aziendale di costruire preventivamente il consenso in diversi dei principali attori organizzativi;
- ▶ l'individuazione di una risorsa di talento dedicata allo sviluppo e manutenzione del sistema, con competenze tecniche solide e qualità personali adatte ad un ruolo di grande relazionalità e che richiede una profonda conoscenza delle logiche di funzionamento formali ed informali dell'azienda.

Infine, quanto abbia contato per il successo del metodo 360° l'insoddisfazione rispetto al precedente sistema di valutazione è difficile da pesare, anche se dalle interviste emerge chiaramente l'importanza dell'evoluzione dal sistema precedente all'attuale. Se però tra i sostenitori del sistema figurano anche coloro che hanno ricevuto una valutazione meno eccellente dell'anno precedente, allora forse il sistema davvero si può considerare efficace. L'azienda attende le prime controprove dal prossimo anno e da quelli successivi, supportate dall'analisi di serie storiche significative e soprattutto, possibilmente, da esperienze comparabili nel resto del sistema sanitario pubblico. L'augurio è che quanto realizzato dall'ASL di Terni possa essere di ispirazione per altre realtà.

## Bibliografia

- Bandini F. (2002), «I ruoli e gli organi coinvolti nel processo di valutazione del personale nelle aziende sanitarie: l'approccio teorico e l'evidenza empirica attraverso l'analisi delle aziende lombarde», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.

- Bennett H., Gatrell J. e Packham R., (2004), «Medical appraisal: collecting evidence of performance through 360° feedback», *Clinician in Management*, 12, pp. 165-171.
- Brett J. F. e Atwater L. E. (2001), «360degrees feedback: Accuracy, reactions, and perceptions of usefulness», *Journal of Applied Psychology*, 86, pp. 930-942.
- Collett A. e Starke I. (2008), «The assessment of doctors' performance: Tools and techniques», *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 1 (4): pp. 400-411.
- Del Vecchio M. e De Pietro C. (2002), «La valutazione del personale dirigente: una leva a disposizione delle aziende», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, Milano, McGraw-Hill.
- De Pietro C. (2002), «La valutazione del personale dirigente quale strumento di sviluppo organizzativo. Il caso di un'azienda territoriale», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Filannino C. (2002), «Sviluppo di carriera e sistemi di valutazione professionale del personale dirigente: un'analisi delle aziende sanitarie lombarde», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di): *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002*, Milano, Egea.
- Hall W., Violato C., Lewkonja R., Lockyer J., Fidler H. e Toews, J. (1999), «Assessment of physician performance in Alberta: the physician achievement review project», *CMAJ*;161: pp. 52-57.
- Hays RB., Davies HA., Beard JD., Caldon LJ., Farmer EA., Finucane PM., McCrorie P., Newble DI., Schuwirth LW. e Sibbald GR. (2002), «Selecting performance assessment methods for experienced physicians», *Medical Education*, 36(10): pp. 910-7.
- Lipner RS., Blank LL., Leas BF. e Fortna GS. (2002), «The value of patient and peer ratings in recertification», *Academic Medicine*, 77(10 suppl).
- Lockyer J. (2003), «Multisource feedback in the assessment of physician competencies», *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 23: pp. 4-12.
- Micali C. (a cura di) (2009), «Indagine sulla contrattazione integrativa nelle Aziende sanitarie», *Monitor – Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali*, VII, 23.
- Overeem K., Lombarts MJ., Arah OA., Klazinga NS., Groel RP. e Wollersheim HC. (2010), «Three methods of multi-source feedback compared: a plea for narrative comments and coworkers' perspectives», *Medical Teacher*, 32(2): pp. 141-7.
- Overeem K., Wollersheim H., Driessen E., Lombarts K., van de Ven G., Groel R.

- e Arah O. (2009), «Doctors' perceptions of why 360-degree feedback does (not) work: a qualitative study», *Medical Education*, 43(9): pp. 874-82.
- Overeem K., Faber MJ., Arah OA., Elwyn G., Lombarts KM., Wollersheim HC. e Grol RP. (2007), «Doctor performance assessment in daily practise: does it help doctors or not? A systematic review», *Medical Education*, 41(11): pp. 1039-49.
- Palmer R., Raynery H. e Wall D. (2007), «Multisource feedback: 360-degree assessment of professional skills of clinical directors», *Health Services Management Research*, 20: pp. 183-188.
- Ramsey PG., Wenrich MD., Carline JD., Inui TS., Larson EB. e LoGerfo JP. (1993), «Use of peer ratings to evaluate physician performance», *JAMA*, 269(13): pp. 1655-1660.
- Sargeant J., Mann K. e Ferrier S. (2005), «Exploring family physicians' reactions to multisource feedback: perceptions of credibility and usefulness», *Medical Education*, 39(5): pp. 497-504.
- Wood L., Hassell A., Whitehouse A., Bullock A. e Wall D. (2006), «A literature review of multi-source feedback systems within and without health services, leading to 10 tips for their successful design», *Medical Teacher*, 28(7): pp. 185-191.